

# Anamnesi prevaccinale e consenso informato per vaccinazione antinfluenzale 2023-24

Io sottoscritto:

Nome..... Cognome.....

nato a ..... il .....

chiedo per mio figlio.....

la somministrazione di vaccino antinfluenzale.

Informazioni relative al suo stato di salute:

Presenza di malattie acute e/o febbrili in atto Sì NO

Ricoveri o problemi neurologici Sì NO

Reazioni dopo vaccinazione antinfluenzale in passato Sì NO

allergia a uova o proteine di pollo, ovoalbumina Sì NO

altre allergie (specificare).....

altre informazioni ritenute rilevanti: .....

.....  
dichiaro che:

- né il bambino né l'accompagnatore sono in quarantena/isolamento,  
\_entrambi non hanno avuto contatti con soggetti positivi al SARS COV 2 nelle ultime 2 settimane
- \_entrambi non hanno presentato sintomi compatibili con COVID nelle ultime 72 ore.

dichiaro inoltre di aver ricevuto informazioni:

- sul vaccino antinfluenzale 2023-2024 VAXIGRIP TETRA
- sui benefici e potenziali rischi del vaccino
- sulla necessità di trattenermi nei pressi dell'ambulatorio per 30 minuti dopo l'inoculo

**PERTANTO ESPRIMO IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE**

Lainate,.....

Firma dell'interessato

.....

Firma del medico .....

Delego ad accompagnare mio figlio: .....

**FIRMA**

.....